

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS: IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL E DA FUNCIONALIDADE**

Sara Lima<sup>1</sup>, Raquel Esteves<sup>1</sup>, Lurdes Teixeira<sup>1</sup>, Fátima Ribeiro<sup>1</sup>, & Clarisse Magalhães<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, Gandra, Portugal

Portugal, à semelhança dos restantes países da Europa, apresenta elevados índices de envelhecimento demográfico, assumindo mesmo uma das posições com maior número de idosos por cada 100 jovens. Embora a intensidade do nível de envelhecimento não seja uniforme por todo o país, com o litoral claramente mais rejuvenescido do que o interior, persistem elevados índices de envelhecimento em todo o país. Esta tendência de evolução demográfica é, aparentemente, inalterável como se pode ver nos cenários demográficos já disponíveis para as próximas décadas (INE, 2017).

A OMS (2002) logo no início do século XXI introduz os conceitos vitais para as sociedades fazerem face ao crescimento da população idosa: o envelhecimento ativo e a qualidade de vida, intrinsecamente interligados, são determinantes para o equilíbrio social e para a promoção da saúde na terceira idade.

Um dos vetores fundamentais para assegurar um nível médio de qualidade de vida aos idosos é o apoio social, formal/institucional e informal. Embora um grande número de idosos habite com a família, as configurações da estrutura familiar são muito diversas, havendo núcleos familiares com elementos que asseguram o apoio e outros que não podem suprir todas as necessidades dos idosos sendo cada vez mais frequentes pessoas, com idades superiores, responsáveis por vigiar, acompanhar e cuidar de outro idoso normalmente com mais idade verificando-se um aumento igualmente de forma contínua nas sociedades contemporâneas, do número de idosos que vivem sozinhos (Negrini, do Nascimento, da Silva & Antunes, 2018).

Quando existe apoio familiar, prevalecente para a maioria dos idosos, ele é maioritariamente suportado pelas mulheres (Anjos et al., 2015) dando origem a uma sobrecarga de trabalho para aquelas que desempenham o papel de cuidadoras informais ou de recurso permanente para as necessidades do(s) mais velho(s).

A relação do envelhecimento e a qualidade de vida (QV) é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais, contemporâneas, sendo o conceito qualidade de vida considerado como fundamental no campo da atenção às pessoas idosas (Roncon, Lima, & Pereira, 2015). Uma percepção reduzida do suporte social reflete-se na qualidade de vida do idoso bem como no seu estado de saúde (Ahmed-Mohamed, Fernandes-Mayoralas, Rolo-Perez, Forjaz, & Martinez-Matin, 2013).

O comprometimento da capacidade funcional tem implicações importantes no idoso e na sua vida diária. Torna-o mais vulnerável e dependente, contribuindo para a diminuição do bem-estar e qualidade de vida cada vez maior com o avançar da idade. Contudo, algumas variáveis contextuais podem influir positivamente na QV, sendo os idosos casados os que apresentam melhor QV (Roncon et al., 2015).

A satisfação com o suporte social resultante de uma avaliação pessoal sobre as suas necessidades, o que recebe para as satisfazer, bem como o custo resultante desse apoio vai-se refletir na saúde do idoso (Satuf & Bernardo 2015). O isolamento social e o sentimento de solidão causado pela falta de suporte social estão associados a um maior risco de desenvolver demência a longo prazo (Holwerda et al., 2014) institucionalização do idoso e do agravamento do estado físico e cognitivo (Ellwardt, Aartsen, Deeg, & Steverink, 2013). De igual modo, a participação em atividades sociais vai ter um efeito protetor no declínio cognitivo dos idosos (Lima, Gago, Garrett, & Pereira, 2016) e no seu equilíbrio emocional em geral.

Partindo da evidência científica e empírica sobre a influência, positiva ou negativa, do suporte social e dos recursos formais e informais sobre a QV do idoso, desenvolveu-se um estudo para identificar, caracterizar e analisar os recursos sociais existentes para a população idosa da região do Tâmega e Sousa, norte de Portugal, com o objetivo de traçar um perfil do seu estado de saúde. Sendo uma região rural/urbana, apresenta um tecido social que, embora marcado pela ruralidade, integra grande diversidade de configurações familiares e uma estrutura de recursos institucionais assente nas tipologias lar/residência/centro de dia. Os resultados do estudo são cruciais

para a (re)definição de estratégias de intervenção a nível psicossocial e de saúde e a avaliação da qualidade de vida torna-se importante para definir medidas e estratégias quer ao nível da intervenção psicossocial quer da saúde.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra é constituída por 604 idosos, com uma média de idade de 71.6 anos ( $DP=4.81$ ), sendo maioritariamente do sexo feminino, com 1 a 4 anos de escolaridade, casados, a viver com o cônjuge e família nuclear (Tabela 1).

Tabela 1

*Características demográficas da amostra (N=604)*

	%(n)
Sexo Feminino	63.6(384)
Masculino	36.4(220)
Estado civil	
Solteiro	6.6(40)
Casado/união de facto	67.2(406)
Divorciado/separado	1.2(7)
Viúvo	25.0(151)
Habilitações literárias	
Sem habilitações	4.6(28)
1 a 4 anos de escolaridade	92.7(560)
5 a 12 anos de escolaridade	2.5(14)
>12 anos de escolaridade	0.3(2)
Ocupação profissional	
Reformado(a)	92.2(557)
Empregada doméstica	4.0(24)
Outros	3.8(23)
Com quem vive	
Cônjuge/companheiro	57.0(343)
Com família nuclear	22.3(134)
Com família alargada	3.2(19)
Em instituição/lar	0.8(5)
Sozinho	12.1(73)
Sozinho com assistência (vizinhos)	1.5(9)
Sozinho com apoio institucional	3.2(19)
Idade (M/DP)	71.60(4.81)

### *Material*

*Índice de Barthel* (IB; Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) avalia o nível de dependência funcional do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida: alimentar-se, higiene pessoal, uso da casa de banho, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, caminhar, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). É constituído por 10 itens cotados numa escala de *likert* de 2 a 4 pontos.

*Escala de satisfação com o Suporte Social* (ESSS; Ribeiro, 1999) avalia a percepção de suporte social. É constituída por 15 itens cotados numa escala de *likert* de 5 pontos (1-concordo totalmente, 2-concordo na maior parte, 3-não concordo nem discordo, 4-discordo na maior parte, 5-discordo totalmente), distribuídos por 4 subescalas: Satisfação com os Amigos, Satisfação com a Intimidade, Satisfação com a Família, Satisfação com as Atividades Sociais. Resultados elevados indicam maior percepção de satisfação com o suporte social.

*Short Form Health Survey* (SF-36; Ware, Snow, & Kosinski, 1993; Ferreira, 2000a,b; Ferreira & Santana, 2003), avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde e é composto por 11 itens e 36 questões que englobam oito componentes: Função Física, Desempenho Físico (limitações no desempenho por motivos físicos), Desempenho Emocional, Dor, Estado de Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Saúde Mental e uma questão sobre a Percepção da Saúde. Estas oito escalas podem ser agrupadas em duas dimensões: Medida Sumário Mental (MSM) e Medida Sumário Física (MSF) (Ferreira, Ferreira & Pereira, (2012). Os resultados variam entre 0 e 100 sendo que uma pontuação elevada corresponde a uma percepção mais favorável do estado de saúde.

### *Procedimentos*

De forma a viabilizar a recolha de dados, foram contactadas as Instituições que fazem parte da Rede Social da Região do Tâmega e Sousa e duas Instituições de saúde, Hospital Particular de Paredes e Clínica Universitária da CESPU, Gandra. Por se tratar de uma população dispersa e por vezes isolada, foi realizado um contacto com as Juntas de Freguesia desta região

de forma a facilitar a recolha de informação na comunidade. As análises foram conduzidas usando o SPSS versão 24.

## RESULTADOS

A amostra apresenta uma média de idade de 71.6 anos ( $DP=4.81$ ), sendo 63.6% do sexo feminino e 36.4% do sexo masculino e maioritariamente com 1 a 4 anos de escolaridade (92.7%). Verifica-se que a maioria são casados (67.2%), a viver com o cônjuge (57%) e 12.1% dos idosos vivem sozinhos sem qualquer apoio como apresentado na Tabela 1.

### *Perfil de estado de saúde*

A amostra em estudo apresenta uma boa qualidade de vida física (63.8%) e uma qualidade de vida mental na média (59.9%) tendo em conta o ponto médio dos 50%, sendo que quanto mais perto do 0% mais pobre a qualidade de vida e quanto mais perto dos 100% melhor a qualidade de vida.

Relativamente às subescalas, verifica-se que a única subescala abaixo do ponto médio é a vitalidade (46.9%), ainda assim praticamente no ponto médio. As subescalas situadas no ponto médio são a escala de perceção da saúde geral (50.6%) e a saúde mental (51.8%). Todas as restantes escalas encontram-se acima do ponto médio indicando bons resultados. As escalas com maior pontuação são a função social (87.4%), seguida da escala sobre o desempenho emocional (80.33%) e o desempenho físico (72.1%). As escalas mais baixas, ainda assim elevadas tendo em conta o ponto médio, são as escalas de funcionamento físico (68.9%) e dor (67.4%).

Os Gráficos 1 e 2 apresentam a caracterização ao nível da QVM e QVF e subescalas na amostra em estudo.

Quando comparados os resultados da amostra em estudo com a amostra da população portuguesa, verificamos que esta amostra apresenta uma qualidade de vida inferior à população portuguesa em todas as subescalas exceto na subescala função social, na qual a amostra em estudo apresentou uma pontuação mais elevada (80.33%) quando comparada com a população portuguesa (63.1%) indicando uma boa qualidade de vida ao nível social. Já a subescala que avalia a vitalidade é aquela onde a amostra em estudo

apresenta valores claramente mais baixos (46.85%) que a população portuguesa (79.96%), indicando maior comprometimento nesta área.

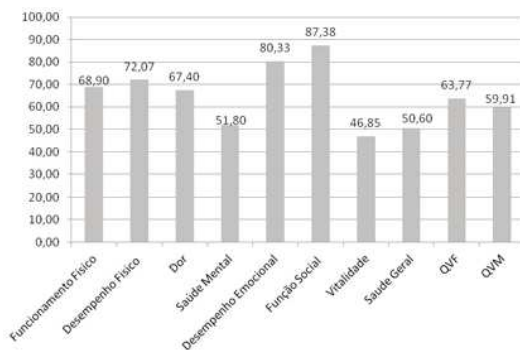


Gráfico 1. Caracterização da QVM e QVF e subescalas na amostra em estudo

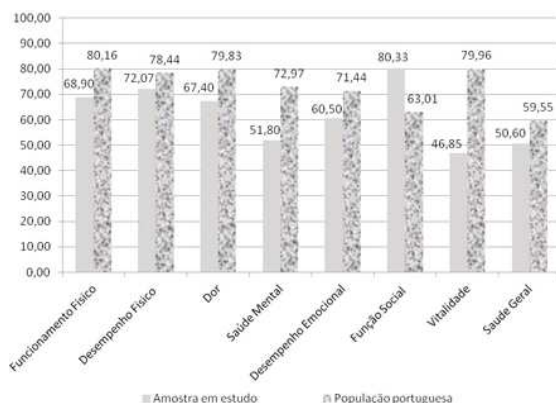


Gráfico 2. Caracterização da Qualidade de Vida na amostra em estudo e comparada com os valores da população Portuguesa

## DISCUSSÃO

Como a literatura tem vindo a demonstrar, ao aumento do número de anos corresponde um vasto conjunto de efeitos e impactos, quer a nível físico quer a nível psicológico, tornando o idoso mais propenso a

desenvolver novas patologias ou ao agravamento de doenças crónicas. Neste estudo, os resultados demonstram que esta população idosa da região do Tâmega e Sousa apresenta um elevado nível de funcionalidade, não apresentando grandes limitações nas atividades de vida diárias (AVD's). Esta população idosa refere ter capacidade para realizar as AVD's, demonstrando ter uma vida ativa nas tarefas do quotidiano e relacionadas com os seus cuidados pessoais. Tal como refere a literatura, a manutenção de uma vida ativa e uma atividade física (Freitas, Santiago, Viana, Leão, & Freyer, 2007) permite uma redução do declínio da performance respiratória, da tonicidade muscular, contribuindo para uma maior mobilidade e autonomia que se vai refletir na qualidade de vida do idoso (Pernanbuco et al., 2012).

Apesar dos resultados mostrarem que a qualidade de vida da população idosa, em estudo, é inferior à média da população portuguesa em quase todas as dimensões analisadas, mostram igualmente que se encontra acima do ponto médio de referência definido por Ferreira (2001). Interessante foi o facto de a subescala da função social estar acima da média da população portuguesa, quando se fala cada vez mais nos idosos mais solitários e isolados da sociedade, verificamos que a maior parte da amostra têm e vive com o cônjuge e/ou a família nuclear. Por outro lado, trata-se de população predominantemente rural e que, a sua participação em instituições e atividades sociais tornam os mais participativos nas atividades recreativas e de lazer bem como a interação com os vizinhos, o que é característico das comunidades rurais.

Estes resultados reforçam a importância de desenvolver programas de promoção da saúde de forma a manter esta população ativa de forma a melhorar a sua função física permitindo e promovendo a manutenção da sua funcionalidade. Por outro lado, o desenvolvimento de programas de intervenção psicossocial são, fundamentais, no sentido de promover a interação social, a manutenção e/ou estimulação de capacidades cognitivas de forma a melhorar a qualidade de vida dos idosos.

## REFERÊNCIAS

- Ahmed-Mohamed, K., Fernandes-Mayoralas, G., Rolo-Perez, F., Forjaz, M.J., & Martinez-Matin, P. (2013). Perceived social support of older adults in Spain. *Applied Research Quality Life*, 8(1), 183-200. doi:10.1007/s11482-012-9184-8

- Anjos, K. F. D., Boery, R. N. S. D. O., Pereira, R., Pedreira, L. C., Vilela, A. B. A., Santos, V. C., & Rosa, D. D. O. S. (2015). Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1321-1330. doi: 10.1590/1413-81232015205.14192014
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Campos, A. C., Ferreira, F. E. & Vargas, A. M. D. (2015) Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2221-2237. doi: doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014
- Ellwardt, L., Aartsen, M., Deeg, D., & Steverink, N. (2013). Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life? *Social Science & Medicine*, 98, 116-124. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.00
- Ferreira, P.L. (2000a). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.
- Ferreira, P.L. (2000b). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171. doi: doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007
- Freitas, C.M.S.M., Santiago, M.S., Viana, A.T., Leão, A.C. & Freyre, C. (2007). Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 9, 92-100.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C.,...Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 135-142. doi: 10.1136/jnnp-2012-302755
- INE (2017). Projeções da população residente, 2015-2070. INE, disponível em file:///C:/Users/F130082/Downloads/29ProjPop2015-2080\_PT%20(1).pdf, consultado em 3 de abril de 2018.
- Lima, S., Gago, M., Garrett, C., & Pereira, M. G. (2016). Predictors and moderators of quality of life in Alzheimer's Disease patients. *Journal of Alzheimer's Disease*, 54(3), 1113-1121. doi: 10.3233/JAD-160256
- Mahoney, F.I., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-66.



- Negrini, E. L. D., do Nascimento, C. F., da Silva, A., & Antunes, J. L. F. (2018). Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 542-550. doi: doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101
- World Health Organization (2002). *Active aging: A policy frameworks*. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1)
- Pernambuco, C. S., Rodrigues, B. M., Bezerra, J. C. P., Carrielo, A., Fernandes, A. D. D. O., Vale, R., & Dantas, E. (2012). Quality of life, elderly and physical activity. *Health*, 4(2), 88-93. doi: doi:10.4236/health.2012.42014
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Roncon, J., Lima, S., & Pereira, M. G. (2015). Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 31(1), 87-96. doi:10.1590/0102-37722015011637087096
- Satuf, C. V. V., & Bernardo, N. S. C. O. (2015). Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 23(1), 11-19.
- Tavares, D. (2019). *Introdução à Sociologia da Saúde*. Edições Almedina: Porto. 2ª Edição.
- Ware, J. E., Keller, S. D., Gandek, B., Brazier, J. E., & Sullivan, M. (1995). Evaluating translations of health status questionnaires. Methods from the IQOLA Project. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1(3), 525-551. doi:doi.org/10.1017/S0266462300008710